

Важность диагностики воспалительных заболеваний придатков матки определяется большой частотой этой патологии, не всегда четко выраженной клиникой острого процесса и склонностью к длительному хроническому течению. Высокий процент запущенных форм заболевания - воспалительных тубоовариальных образований, которые часто встречаются у женщин молодого репродуктивного возраста. При проведении интенсивной медикаментозной терапии острое воспаление не всегда проходит бесследно, оставляя после себя в значительном числе случаев спаечный процесс.

Эхография является наиболее распространенным методом диагностики воспалительных заболеваний придатков матки. Многочисленные исследования показали довольно высокую информативность метода в выявлении острых и хронических воспалительных заболеваний придатков матки.

Нами проведена идентификация различных анатомических изменений в клинической диагностике воспалительных заболеваний придатков матки с помощью эхографии. Проанализированы результаты трансвагинальной эхографии у 192 пациенток с воспалительными процессами придатков матки гинекологических отделений роддома №2 г.Минска в динамике лечения за 1997 год.

Исследование осуществляли с помощью аппарата "Toshiba SSA-250 A" с использованием трансвагинального датчика 5 мГц. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 15 до 20 лет - 38 (19,8%), до 30 лет - 77 (40,1%), до 40 лет - 57 (29,7%), от 40 до 50 лет - 19 (9,9%), свыше 50 лет - 1 (0,52%).

Наиболее частыми проявлениями заболевания являлись жалобы на боли различной интенсивности внизу живота, пояснице, кровянистые выделения. На основании данных ультразвуковой диагностики возможно различить 4 варианта эхографической картины острых воспалительных заболеваний придатков матки.

1. Острый сальпингоофорит без явлений пельвиоперитонита (66 больных 33,3%). Трубы на эхограммах имели вид вытянутых, неправильной формы однокамерных жидкостных образований с высокой эхопроводимостью, расположенных сбоку и сзади от матки. Трубчатая форма образования констатирована у 47 пациенток, у 5 больных форма гидросальпинкса была колоколообразной, у 14 неправильной. Средний диаметр образований колебался от 3 до 10 см, а толщина стенки равнялась 1-2 мм. Содержимое гидросальпинкса в большинстве наблюдений (46) было однородным и анэхогенным. Нежная, мелкодисперсная взвесь имела у 19 больных, которая смешалась при перкуссии образования. Единичные или множественные перегородки установлены в 18 образованиях. Толщина перегородок была различной и колебалась от 1 до 4 мм.

Больным проводилась консервативная терапия. В процессе лечения жидкостные образования уменьшались в размерах и эхографически не визуализировались.

2. Острый сальпингоофорит, осложненный пельвиоперитонитом (12 пациенток -6,25%). По-

Киселева З.М., Дуда И.В.,
Федосеенко А.В., Булат Ю.В.,
Перепеча Н.С.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭХОГРАФИЯ В
ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.**

в позадматочном пространстве выявлялась жидкость. Перитонеальный экссудат получен при кульдоцентезе.

3. Острый сальпингоофорит с tuboовариальным образованием (21 пациентка – 10,9%). Оперативное лечение проведено у 11 (5,7%) больных: пиосальпинкс у 5, абсцесс яичника – у 3, пиовар – у 3.

При пиосальпинксе на сканограммах образование овальной или трубчатой формы, многокамерное. Почти во всех случаях пораженная труба располагалась сзади и сбоку от матки, в 2-х случаях пораженная труба почти полностью окружала яичник. Толщина стенки трубы колебалась от 1 до 4 мм при значительных размерах образования, при небольших 3-4 мм. Содержимое было представлено в большинстве случаев эхогенной несмещаемой мелкодисперсной взвесью. В большинстве наблюдений отмечена однородность взвеси, только у 2-х пациенток установлена ее неоднородность. На фоне среднеэхогенной взвеси определялись участки повышенной эхогенности. Наблюдался переход пиосальпинкса в гидросальпинкс под влиянием медикаментозной терапии.

При абсцессе на сканограммах в паренхиме яичника отмечалось появление жидкостного образования диаметром 1,5-2 см, содержащего мелкодисперсную взвесь. В 2-х наблюдениях взвесь имела высокую, а в одном – среднюю эхогенность.

Пиовар в наших наблюдениях также имелся у 3 больных. В месте расположения яичника обнаруживалось жидкостное образование диаметром 4-6 см, содержащее средней эхогенности мелкодисперсную несмещаемую взвесь. При надавливании влажным датчиком определялась болезненность. Диагнозы tuboовариальных образований подтверждены при лапаротомии и морфологических исследованиях.

4. Хронический сальпингоофорит в стадии обострения (96 пациенток – 50%). При проведении интенсивной медикаментозной терапии острое воспаление не всегда проходит бесследно, оставляя после себя в значительном числе случаев спайчатый процесс. Спайки в большинстве случаев не видны. В 2-х наблюдениях определялись спайки, когда в малом тазу имелось небольшое количество свободной жидкости. Визуализировались множественные линейные эхоструктуры, толщина которых составляла 1 мм.

При обострении хронического сальпингоофорита характерным являлось наличие в ткани яичника гипоехогенных включений округлой формы, контуры яичника нечеткие за счет периоофорита, обнаружение в паренхиме яичника и по его периферии небольших гиперэхогенных включений.

В 11 (5,7%) наблюдениях отмечалось сочетание воспалительного процесса с миомой матки, в 3-х (1,5%) – с аденомиозом, в 1 (0,5%) случае с ВМК, с беременностью раннего срока у 3-х (1,5%). У 38 (19,7%) пациенток на эхограммах не выявлено патологии. Чувствительность эхографии в диагностике острых воспалительных заболеваний придатков матки по нашим данным составила 83,47%, специфичность – 70,3%, точность диагностики – 80,2%.

Приведенные данные свидетельствуют, что эхография представляет ценный метод, использование которого в подавляющем большинстве по-

зволяет установить как острое, так и хроническое воспаление придатков матки, уточнить диагноз и провести рациональное лечение.